Phasendauer und Therapieerfolg krampfbehandelter endogener Depressionen

Klaus-Christoph Schimmel

1962

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546810_0024

AUS DER NERVENKLINIK
DER LUDWIG-MAXIMILIAN-UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Direktor: Prof. Dr. K. Kolle

Phasendauer und Therapieerfolg krampfbehandelter endogener Depressionen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin verfaßt und einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Klaus-Christoph Schimmel
aus Breslau

München 1962

A. Schubert, München 5, Corneliusstr. 21 · Tel. 22 17 77

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent:	Prof. Dr. J. E. MEYER
Correferent:	Prof. Dr. K. KOLLE
Dekan:	Prof. Dr. W. SEITZ

Tag der mündlichen Prüfung: 9.1.1962

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

DEM GEDENKEN MEINES VATERS

DR. ALBERT SCHIMMEL

IN DANKBARKEIT GEWIDMET

INHALTSÜBERSICHT

	Seite
LEITUNG	7
THODE	8
Allgemeines	8
Statistische Untersuchungen	9
Katamnestische Untersuchungen	10
I. Über die durchschnittliche Phasendauer endogener Depressionen	10
1. Literaturangaben	10
2. Statistische Ergebnisse	11
3. Ergebnisse der Nachuntersuchungen	15
II. Die durchschnittliche Dauer des freien Intervalls	18
1. Literaturangaben	18
2. Statistische Ergebnisse	18
3. Zusammenfassung	20
III. Faktoren, die den Heilerfolg schockbehandelter endogener Depressionen ungünstig beeinflussen	20
1. Statistische Untersuchungen	20
a) Vorzeitige Entlassung	20
b) Intercurrente Todesfälle	20
c) Suicide	20
d) Schlechte Entlassungsergebnisse	22
SAMMENFASSUNG	27
ERATURVERZEICHNIS	28

EINLEITUNG

Seit im Jahre 1938 CERLETTI und BINI den ersten Elektrokonvulsionsapparat in der Psychiatrie zur Anwendung brachten, hat sich ein grosser Wandel in der Therapie, vor allem der endogenen Depressionen vollzogen.

Wenn dieser Behandlung im Anfang auch noch chirurgische Gefahren anhafteten und die Schockangst der Patienten gross war, sind diese Nachteile durch Entwicklung der Methode und wachsende Erfahrungen, vor allem aber durch die Einführung der Muskelrelaxantien und der Narkosepraemedikation gebannt.

Der Schock ist heute in der Hand des Psychiaters praktisch ungefährlich. Er hat im Laufe der letzten zwanzig Jahre ungezählten Patienten entscheidend geholfen und - der endogenen Melancholie vor allem, einen grossen Teil ihrer Furchtbarkeit genommen.

So gibt es heute an der Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode, vor allem bei schweren Verlaufsformen obiger Erkrankungen, kaum mehr Zweifel und nahezu überall fand der Schockapparat seinen Eingang in die Therapie.

Trotzdem bestehen, vor allem in der Literatur nach dem zweiten Weltkrieg, zu wesentlichen Fragen unterschiedliche Meinungen.

Bringt diese Behandlung eine echte Beeinflussung der Erkrankung im Sinne einer Verkürzung der Phasendauer mit sich und greift sie so in den Krankheitsverlauf direkt ein, oder handelt es sich lediglich um einen Symptomenwandel, eine Abschwächung der Erscheinungsformem? - (KIELHOLZ spricht von der Kupierung).

Beide Auffassungen haben ihre Vertreter. Auf der Seite einer kausalen Wirkung stehen vor allem WEITBRECHT und STERTZ, auf Seite der rein symptomatischen v.BAER, BÜRGER-PRINZ, GROBE und KIELHOLZ.

Eine weitere, wichtige Frage ist die Wirkung der Behandlung auf den Gesamtverlauf; - die endogene Melancholie besteht zu einem grossen Prozentsatz ja in periodisch wiederkehrenden Erkrankungsphasen. Ist hier durch die Behandlung mit verlängertem oder mit gleichbleibendem Rhytmus zu rechnen, oder muss man etwa verkürzte gesunde Intervalle befürchten - eine Beobachtung, wie sie K.KOLLE klinisch machte, der dazu genauere statistische Untersuchungen anregte. Denn wäre dieses Ergebnis tatsächlich nachweisbar, würde die Krampfbehandlung wohl eine gute symptomatische Beeinflussung der Einzelphase zeigen, den gesamten Ablauf der Erkrankung aber in ungünstiger Richtung lenken, so dass mit häufigeren Depressionen, bzw. kürzeren gesunden Zwischenzeiten zu rechnen wäre.

Endlich, die Weiterung der letzten Frage: Was ist über das nachfolgende Schicksal schockbehandelter endogener Depressionen überhaupt auszusagen? Kommen alle Phasen zum Abklingen, oder können Komplikationen auch Vollremissionen erschweren oder verhindern?

Eine Untersuchung dieser Fragen erscheint in einem Zeitpunkt besonders wichtig, da sich wieder eine Wandlung in der Therapie der Krankheit abzuzeichnen beginnt. Mit den Thymoleptica, wie dem Tofranil und vielleicht noch einigen Mitteln der Iproniacidreihe wurde die Elektrokonvulsionstherapie in den letzten Jahren von vielen Kliniken teilweise, von einigen ganz verlassen; - ob dies mit Recht, wird die Zukunft zeigen. Die Schwierigkeiten einer wirklichen Beurteilung des Therapieerfolges bei jeder Art dieser Erkrankung liegen zum Teil im Wesen der endogenen Depression selbst. Beginn und Remission sind nicht immer ganz exakt nachweisbar. Ausser diesem Umstand fällt bei der Durchsicht der Statistiken aber auch die Schwierigkeit einer einheitlichen Beurteilung dieses so vielfältigen Krankheitsbildes auf. Beim Vergleich der Literatur aus der Praeschockaera mit heutigen Untersuchungen erscheint zum Beispiel die Einzelphase in ihrem zeitlichen Ablauf heute verlängert, was sicher nichts mit einem Wandel des Erscheinungsbildes zu tun hat.

Gaben KRAEPELIN und MAUZ in ihren Beobachtungen noch eine durchschnittliche Phasendauer von fünf bis höchstens acht Monaten an, sprechen heutige Autoren wie KIELHOLZ, ANDERSON, POLLOCK von Erkrankungen bis zu vierzehn Monaten. Die Erklärung hierfür liegt vielleicht mit in dem Umstand, dass in der älteren Literatur die Dauer der Einzelerkrankung mit der Behandlungsdauer in der Klinik gleichgesetzt wurde. Auch vielen heute verfassten Statistiken liegt dieser Zeitraum zugrunde, da ihnen das Krankenblatt allein zur Beurteilung vorlag. So sieht der Kliniker das Problem der Phasendauer anders als der praktische Nervenarzt; denn oft noch lang andauernde ambulante Nachbehandlungen finden in diesen Statistiken keine Berücksichtigung.

Alle diese Umstände lassen eine einheitliche Beurteilung der Dauer einer Erkrankungsphase nur sehr schwer zu, da diese so vom jeweiligen Standpunkt des Untersuchers abhängt.

Im folgenden soll daher versucht werden, an Hand eines möglichst umfangreichen und vielseitigen Krankengutes und eingehender katamnestischer Untersuchungen einige der oben aufgeworfenen Fragen kritisch zu ergründen und -soweit möglich- zu beantworten.

METHODE

Den vergleichenden Betrachtungen standen zunächst die Krankengeschichten der Universitäts-Nervenklinik München zur Verfügung.

Es wurden den Jahrgängen 1952-1956 insgesamt 650 Verläufe entnommen und untersucht.

Dabei fiel auf, dass trotz in diesem Zeitraum reduzierter Bettenzahl, die Aufnahme aus dem manisch-depressiven Formenkreis nicht zurückgingen.

TABELLE 1

Patientendurchgang an der Universitäts-Nervenklinik München:

1952	1730 (196) Frauen	3062 (126) Männer
1953	2014 (348) Frauen	3048 (122) Männer
1954	1730 (325) Frauen	2544 (139) Männer
1955	1750 (334) Frauen	2445 (129) Männer
1956	1540 (284) Frauen	2111 (107) Männer

(die in Klammern angegebenen Zahlen sind Kranke aus dem manisch-depressiven Formenkreis).

Entsprechend dem gefundenen Zahlenverhältnis Frauen zu Männern wurden 500 weibliche und 150 männliche Krankenverläufe bearbeitet und in einer Kartei erfasst, die folgende Punkte umfasst:

Beruf
Familienstand
Dauer der stationären Behandlung
Behandlungserfolg
Familienanamnese
Zeitpunkt des Auftretens der ersten Phase
Phasenanzahl und Phasendauer
Dauer der jeweils gesunden Intervalle
Milieu des Patienten
Persönlichkeitstyp (Einteilung nach E.KRETSCHMER)
Alter des Patienten beim Auftreten der ersten Phase
Alter des Patienten bei der zuletzt beobachteten Phase
Symptomatik: a) Tagesschwankungen
b) Siuzidabsichten und -versuche
c) Inhalte der Depression (Einteilung nach H.J.WEITBRECHT).

Beim Versuch einer Auswertung dieser Aufzeichnungen zeigte sich jedoch bald, dass viele Fragen unbeantwortet bleiben mussten und eine genauere Beurteilung der obengenannten Probleme nicht möglich war.

Für eine exakte Untersuchung der Phasendauer zum Beispiel, erschien die allein vergleichende Bearbeitung klinischer Krankengeschichten unzureichend.

Daher wurde der Versuch unternommen, ehemalige Patienten, die noch im Münchner Stadtgebiet wohnten und die im oben angeführten Zeitraum an der Klinik stationär behandelt worden waren, anzuschreiben mit der Bitte, über ihr Befinden seit der letzten Entlassung zu berichten. Die Reaktion auf diesen Versuch, wieder einen Kontakt zu ehemaligen Patienten herzustellen, war sehr erfreulich. Viele schrieben umgehend und aufgeschlossen; das Ergebnis blieb aber leider auch hier im letzten unzuverlässig, da nur die wenigsten alle interssierenden Fragen sinn-

gemäss und umfassend genug beantworteten. Auf 150 Anfragen kamen Antwortschreiben, die nur in etwa dreissig Fällen verwertbare Angaben enthielten.

So wurde schliesslich, um einen einheitlichen Überblick für vergleichende Untersuchungen zu schaffen, mit 150 ehemaligen Patienten ein Hausbesuch vereinbart, der jeweils in der Privatwohnung stattfand. Dadurch war neben der Beurteilung der Krankengeschichten in diesen Fällen die Möglichkeit einer Beobachtung des augenblicklichen seelischen Zustandsbildes gegeben. Bei einer Aussprache in häuslicher Umgebung des Patienten konnte auf alle interessierenden Fragen eingegangen werden. Dabei wurde der Besuch nahezu überall sehr freundlich aufgenommen. Alle erzählten gern und ausführlich, sodass 100 erschöpfende Katamnesen erhoben werden konnten.

Der Arbeit liegen so 650 Krankengeschichten zu Grunde, die in 50 Fällen durch Patientenbriefe, in weiteren 100 Fällen durch persönliche Nachuntersuchung ergänzt wurden. In jedem einzelnen Falle wurde vor allem der Phasendauer, den freien Intervallen und dem Behandlungserfolg elektroschockbehandelter Patienten besondere Beachtung geschenkt.

I. ÜBER DIE DURCHSCHNITTLICHE PHASENDAUER ENDOGENER DEPRESSIONEN

1. Nach einer Zusammenstellung von KIELHOLZ errechneten eine mittlere Phasendauer:

KRAEPELIN	von	6	bis	8	Monaten
MAUZ	von	5			Monaten
NOYES	von	9			Monaten
PANSE	von	6			Monaten
RENNIE	von	7	bis	8,5	Monaten
POLLOCK	von	12			Monaten
ANDERSON	von	14			Monaten
KIELHOLZ	von	6	bis	14	Monaten

Die Untersuchungen zeigen sehr unterschiedliche Ergebnisse, so dass der Wert einer reinen Durchschnittsberechnung fragwürdig erscheint. Dies einmal wegen der oben angeführten Gründe, zum anderen aber auch wegen der grossen Differenzen im jeweils vorliegenden Zahlenmaterial.

Zur Beurteilung der Phasendauer sind ja nur abgeklungene Melancholien zu verwerten; das dem Kliniker vorliegende Vergleichsmaterial enthält Vollremissionen aber nur zu einem geringen Teil. Untersucht man die Krankengeschichten nämlich im Hinblick auf die darin enthaltenen Entlassungsergebnisse, finden sich Urteile, wie sie folgende Tabelle enthält. Aus diesen Zahlen geht klar hervor, dass Phasen bei Entlassung aus stationärer Behandlung selten voll abgeklungen sind, so dass diese Mittelwerte wohl durchweg zu kurze Phasenzeiten angeben.

TABELLE 2

Behandlungsergebnisse bei der Entlassung aus stationärer Behandlung:

Männer (insgesamt 150 Fälle)

	Bei ES-Beh.:	Kons.Beh.:	Psychotherapie:
voll remittiert	5	2	-
gut gebessert	62	8	-
beeinflusst	18	5	-
unbeeinflusst	5	6	3
verlegt i.a. Kliniken	0	0	-
Vorzeitig u. gegen ärztlichen Rat die Behandlung abgebrochen	24	9	3
verstorben	-	-	-

Frauen (insgesamt 500 Fälle)

	Bei ES-Beh.:	Kons.Beh.:	Psychotherapie:
voll remittiert	59	11	-
gut gebessert	113	55	-
beeinflusst	102	30	2
unbeeinflusst	32	19	3
verlegt i.a. Kliniken	5	2	-
Vorzeitig u. gegen ärztlichen Rat die Behandlung abgebrochen	51	12	-
verstorben	4	-	-

Suizide: Zwei Frauen, 1 Mann (F.Z.10/55 Kons.Beh./H.E.1072/55 ES-Bh./J.G. 410/53 Kons.Beh.).

2. Aus diesem Grunde wurden zunächst alle Fälle ausgeschlossen, die bis zur Beendigung der Behandlung entweder keine Besserung ihres Zustandsbildes boten, oder wo die begonnene klinische Therapie durch zu frühe Entlassung gegen ärztlichen Rat, Verlegung in andere Krankenhäuser,oder durch den Tod des Patienten nicht beendet werden konnten.

Bei allen übrigbleibenden Verläufen (bei Männern in 77, bei Frauen in 238 Fällen), die entweder Vollremissionen oder zumindest eine gute Besserung zeigten, errechnete sich ein Phasendurchschnitt von etwa 7-8 Monaten. Dieser Wert deckt sich weitgehend mit den Angaben älterer Autoren über die Phasendauer der klassischen Melancholie (siehe KIELHOLZ), aber auch mit neueren Untersuchungen, wie sie von BERCHTENBREITER (Diss. München 1953) und H. DILLING (Diss. München 1959) angestellt wurden. Dieser einfache Durchschnittswert aller in ihrer Phase zu überblickenden Fälle gibt aber wiederum nur einen unscharfen Eindruck, da in dieser Zahl eben alle entlassungsfähigen Patienten

erfasst sind, ohne Rücksicht auf eventuelle Nachschwankungen oder weitere Behandlungsbedürftigkeit durch praktische Nervenärzte.

Trotzdem soll im folgenden versucht werden, an Hand der zur Verfügung stehenden Aufzeichnungen Unterschiede der Phasendauer bei verschiedenen Grundvoraussetzungen der Patienten herauszuarbeiten, die wenigstens diese Bedingungen erfüllen.

Im Hinblick auf das Geschlecht ist zunächst allgemein bekannt, dass Frauen schon zahlenmässig stärker zu Erkrankungen aus dem manisch-depressiven Formenkreis neigen als Männer. Nach E.BLEULER beträgt der Anteil der Frauen an der Erkrankung etwa 70 %, eine Zahl, die sich mit den oben angeführten Ergebnissen an der Münchner Nervenklinik weitgehend deckt. Ob dieser an einer Universität errechnete Prozentsatz allerdings allgemeine Gültigkeit hat, ist fraglich, da an dieser Klinik organisatorische Probleme eine grosse Rolle spielen, so die Belegung der Krankenbetten mit ausgesuchteren Fällen. Bei den Männern nimmt aber die Begutachtung hier einen bedeutend grösseren Raum ein, als bei den weiblichen Kranken. Schon aus diesem Grund allein erscheint der wahre prozentuale Anteil männlicher Patienten sicher niederer als der Wahrheit entspricht. Vergleichende Untersuchungen über die Phasendauer bei Männern und Frauen ergaben keinen auffallenden Unterschied. Bei den Männern wurde ein Durchschnitt von 6,9 - bei Frauen einer von 7,6 Monaten errechnet. Wurde die Phasendauer bei beiden Geschlechtern weiterhin nach dem Lebensalter getrennt untersucht, fanden sich allerdings zwei unterschiedliche Kurvenverläufe.

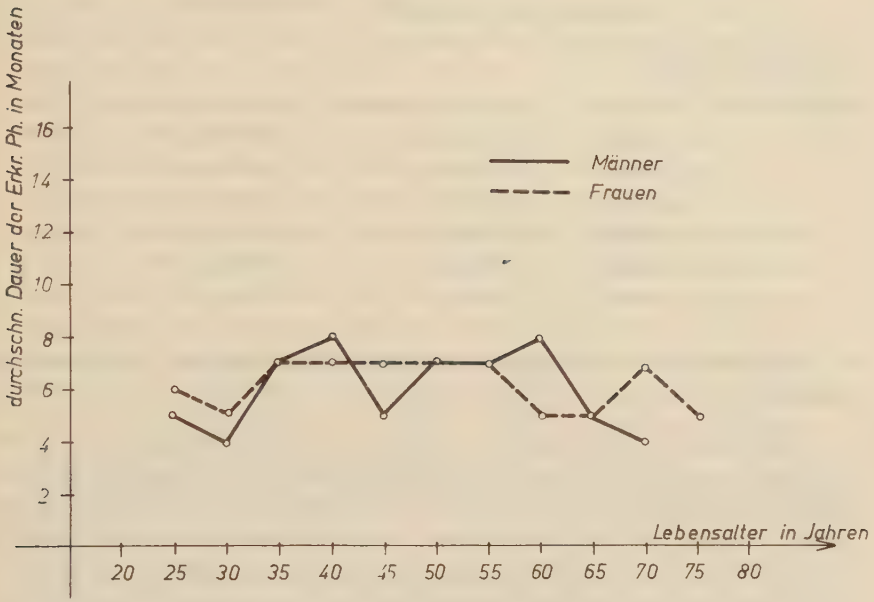
Bei den Männern fanden sich zwei Gipfel auffallend langer Phasen im Alter um das 40. und das 60.Lebensjahr. Dazwischen lagen Perioden kürzerer Depressionen vor dem 30. - zwischen dem 40. und 50.Lebensjahr, sowie bei den reinen Altersdepressionen. Diesen Zeiten entsprechen auch die von KINKELIN angegebenen Lebensalter leichter Melancholien unter 30, zwischen 30 und 40 und jenseits des 70.Lebensjahres, wenn bei der vorliegenden Untersuchung der erste Häufigkeitsgipfel auch etwas früher zu beobachten war.

Die weibliche Kurve verläuft demgegenüber bedeutend gleichmässiger. Nach kurzem Phasenverlauf um das 30.Lebensjahr bleibt der Durchschnitt der Phasendauer von dieser Zeit an bis etwa zum 55.Lebensjahr gleich, um dann rasch abzufallen. Ein ausgesprochenes Ansteigen der Phasendauer im Alter konnte bei reinen endogenen Depressionen, die nicht durch Psychopathien oder hirnorganische Erkrankungen kompliziert wurden, nicht beobachtet werden.

Im Gegensatz zu DILLING fanden sich ausserdem auch kurze Erkrankungszeiten und gute Beeinflussung durch die Elektroschockbehandlung in der Jugend. Dies bei beiden Geschlechtern etwa bis zum 35.Lebensjahr. Allgemein neigten jugendliche Melancholien stärker zu periodischem, Altersdepressionen zu chronischem Verlauf.

TABELLE DER PHASENDAUER
IM HINBLICK AUF DAS ALTER DER PATIENTEN

Durchschnittswerte bei 650 durch Krankengeschichten untersuchten Fällen:



Anzahl der beobachteten Phasen
die genaue Angaben über ihre Phasendauer enthielten

21-25 Lj.	3	Männer	3	Frauen
26-30	6		7	
31-35	7		22	
36-40	7		19	
41-45	8		43	
46-50	10		43	
51-55	12		36	
56-60	11		23	
61-65	9		22	
66-70	4		14	
71-75	0		4	
76-80	0		2	
	Männer 77 F.		Frauen 238 F.	

Periodisch wiederkehrende Phasen fanden sich in etwa 50 bis 55 % der untersuchten Fälle; wobei sich die Verteilung der Häufigkeit bei beiden Geschlechtern wieder weitgehend glich.

TABELLE 3

Verteilung der Häufigkeit der Phasenanzahl

Es wurden behandelt:

Während der	1. Phase	43 % d. Männer	49 % d. Frauen
	2. Phase	21 % d. "	24 % d. "
	3. Phase	13 % d. "	10 % d. "
	4. Phase	8 % d. "	7 % d. "
	5. Phase	4 % d. "	3 % d. "
	6. Phase	1 % d. "	1 % d. "
mehr als	7. Phase	1 % d. "	1 % d. "

Der Rest liess sich im Hinblick auf eine Phasenhäufigkeit nicht genau abgrenzen.

Die Dauer der Einzelphase bei steigender Phasenanzahl bestätigt die Anschauung, dass sich im allgemeinen mit Häufigkeit der Depressionen die Erkrankungszeit verlängert. In etwa 70 % der untersuchten Fälle war dieses Phänomen von Phase zu Phase nachweisbar. Nur 30 % boten zu etwa gleichen Teilen Verkürzung bzw. gleichbleibende Phasenlänge oder wechselnden Verlauf im Hinblick auf die Dauer aufeinanderfolgender Melancholien. Auch das ist eine Beobachtung, die in der Literatur durch KINKELIN und KIELHOLZ bestätigt wird. Auch diese Autoren fanden fast ausnahmslos die wachsende Phasendauer mit jeder Erkrankung.

Nach diesen grundsätzlichen Betrachtungen sollen nun alle diese Fälle auf eine eventuelle Einwirkung der Elektroschockbehandlung im Sinne einer Verkürzung der Erkrankungsphase untersucht werden.

Vergleicht man zunächst einmal die Literatur der Praeschockaera (KRAEPELIN, MAUZ u.a.) mit den oben gefundenen Ergebnissen, ist eine wesentliche Verkürzung der einzelnen endogenen Depressionsphase unter einer Krampfbehandlung offensichtlich nicht zu beobachten. Wie die beschriebene Statistik zeigt, wurden auch damals Durchschnittszeiten von 6-9 Monaten errechnet.

Ausserdem wäre unter diesen Umständen, berücksichtigt man alle gut remittierten Behandlungen und beschränkt sich wirklich nur auf diese, die schockbehandelte Phase deutlich kürzer als die konservativ behandelte. Die folgende Tabelle zeigt die Durchschnittswerte schock- und medikamentös behandelter Patienten und die Phasendauer ihrer Depression:

TABELLE 4

	ES-Beh.	Fälle	Med.Beh.	Fälle
Männer	7,0	67	6,0	10
Frauen	7,0	172	8,8	66

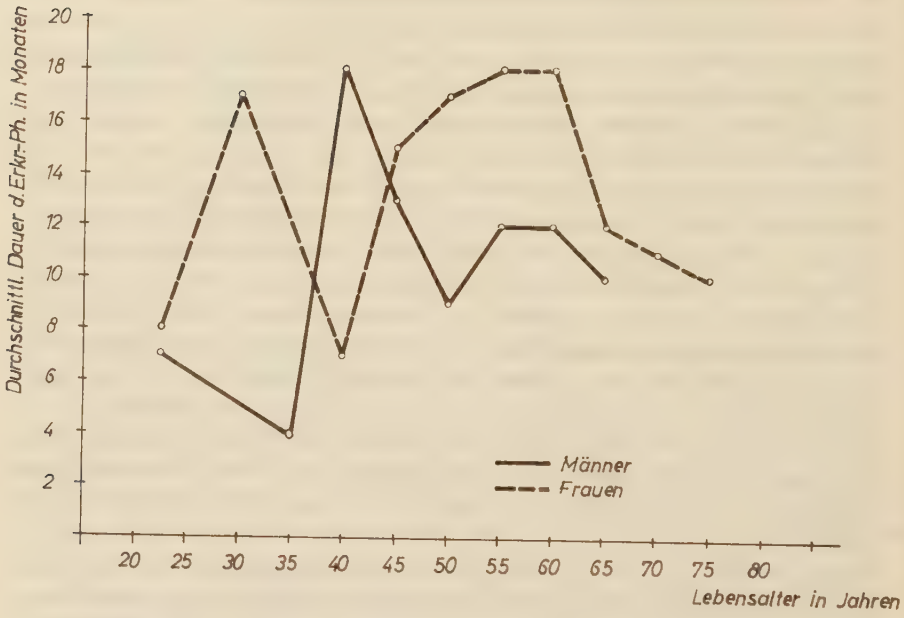
Ein wesentlicher Unterschied ist hierbei nicht festzustellen. Lediglich bei den Frauen ist eine Verkürzung nachweisbar. Ob es sich hierbei aber um eine wirkliche Beeinflussung des Phasenablaufes durch die Behandlung,oder lediglich um eine Abschwächung der Symptome handelt, sodass die Patientinnen eher aus stat.Behandlung entlassen werden konnten, ohne voll remittiert zu sein, ist in diesem Zusammenhange nicht zu entscheiden. Die Anzahl der rein medikamentös behandelten Patienten erscheint für vergleichende Untersuchungen bei dem ungleich grösseren Krankengut schockbehandelter endogener Depressionen zu gering; - und wenn dies hier allgemein für die weiblichen Patienten gesagt wird, gilt das für eine Beurteilung der männlichen Phasenverläufe in noch grösserem Masse, da hier nur 10 Fälle zur Verfügung standen. So soll in diesem Zusammenhang lediglich dieses Ergebnis Erwähnung finden. Zu diskutieren wäre dabei ausserdem die Frage, ob bei der Elektroschockbehandlung nicht gelegentlich auch nach einer behandelten Phase, wobei es unter der Behandlung ja zu einem flacheren Verlauf der Depression kommt, eine Verschlechterung als neue Erkrankung vermerkt wird.- Auch das würde sich statistisch ja im Sinne einer Verkürzung der freien Intervalle, aber auch der eigentlichen Depression auswirken.
Die Beobachtung einer Verkürzung unter Schockbehandlung wurde auch von H. DILLING und GERSTNER gemacht, die für ES-behandelte Phasen sogar Werte von 4,5 Monaten gegenüber 7 bei unbehandelten Phasen fanden. Trotzdem muss angenommen werden, dass eine wirkliche Beeinflussung der Phasendauer durch die Elektroschockbehandlung nicht angenommen werden kann, dagegen sind die Patienten aber sicher eher von schweren Verlaufsformen befreit und in manchen Fällen dadurch entlassungsfähig.

3. In Ergänzung zu diesen Untersuchungen an Krankengeschichten folgen nun die Ergebnisse der Katamnesen, die den Verlauf der gesamten Depression aufzeigen und so eine wesentliche Ergänzung zum Thema darstellen.

Wie schon oben wiederholt erwähnt, war die starke Diskrepanz des Zeitraumes einer Phase der auffallendste Befund bei der Auswertung. Nahezu alle nachuntersuchten Patienten gaben ihre Depressionsphase als bei der Entlassung aus stationärer Behandlung noch nicht voll abgeklungen an. Meist noch sehr lange Zeit hatten sie unter abgeschwächten Symptomen der Erkrankung zu leiden; waren für äussere Belastungen und Probleme noch sehr empfindlich, neigten vor allem aber auch noch zu Weinen, Hemmungen und Gefühlsleere und berichteten über Tagesschwankungen.

TABELLE DER PHASENDAUER
IM HINBLICK AUF DAS ALTER DER PATIENTEN

Durchschnittswerte bei 100 nachuntersuchten Fällen,
deren Phasendauer zu beurteilen war:



Anzahl der beobachteten Phasen

21-25 Lj.	1 Männer	2 Frauen
26-30	0 "	3
31-35	2	1
36-40	2	2
41-45	1	10
46-50	4	16
51-55	3	4
56-60	5	10
61-65	2	2
66-70	0	2
71-75	0	2
	Männer 20 F.	Frauen 54 F.

Die Durchschnittsberechnung der 150 nachuntersuchten Fälle ergab einen Wert von 14 Monaten - eine Phasendauer,die für eine vergleichende Betrachtung sehr wesentlich erscheint, denn diese Zeit, die sich weitgehend von der rein klinisch beobachteten unterscheidet, deckt sich nun ihrerseits mit den Werten, die ANDERSON (14 Monate), POLLOCK (12 Monate) und KIELHOLZ (bis zu 14 Monaten) bei ihren Untersuchungen errechneten. Deshalb ist sicher anzunehmen, dass diesen Arbeiten die Zeit der gesamten Phase zugrunde liegt.

Dabei gliederten sich die 100 persönlich nachuntersuchten Fälle in drei Gruppen:

TABELLE 5

	Fälle	Monate
a) Endogene Depressionen ohne erschwerende Begleitsymptome	74	14
b) Depressionen extrem langer Erkrankungsdauer, die remittierten (länger als 3 Jahre)	11	37
c) Depressionen die bis zur Untersuchung nicht remittierten	13	--

Die Gruppen b und c bleiben der Bearbeitung des 3.Kapitels vorbehalten. Alle hirnorganischen Erkrankungen der Gruppe c waren in den Diagnosen der Krankenblätter enthalten und teilweise durch röntgenologische Untersuchungsergebnisse gesichert.

Nehmen wir nun die Gruppe a zum Ausgangspunkt unserer Untersuchungen über die gesamte Dauer der Depressionsphase, bleiben uns im ganzen 74 Fälle (54 Frauen und 20 Männer). Für die Frauen errechnete sich als Durchschnittswert eine Zeit von 15,4 Monaten, für die Männer eine von 10,8 Monaten.

Unterscheiden wir weiterhin wieder bei beiden Geschlechtern nach dem Lebensalter, deckt sich die gefundene Kurve weitgehend mit der obigen des allgemeinen Krankengutes der klinischen Aufzeichnungen. Lediglich die weibliche Kurve weicht in der Phasendauer um das 3o.Lebensjahr mit langen Erkrankungszeiten von der statistischen etwas ab; es liegt allerdings auch hier nur ein geringeres Krankenmaterial vor, sodass ein exakter Mittelwert nicht voll gesichert erscheint.

Stellt man auch hier wieder schock- und konservativ behandelte Patienten einander gegenüber, ergibt sich folgendes Bild:

TABELLE 6

	ES-Beh.	Fälle	Med.Beh.	Fälle
Männer	10,0	16	16,5	4
Frauen	14,2	42	20,5	13

Auch hier scheint eine Verkürzung der Phase durch die Schockbehandlung bedingt zu sein, die Anzahl der untersuchten Fälle ist für eine exakte Aussage zu diesem Thema aber zu gering; sicher kann aber auf einen leichteren Verlauf der Erkrankung unter der Behandlung geschlossen werden.

II. DIE DURCHSCHNITTLICHE DAUER DES FREIEN INTERVALLS BEI DEN VERSCHIEDENEN BEHANDLUNGSMETHODEN

1. Wie in der Beurteilung der Dauer einer Depressionsphase, gehen auch die Meinungen der einzelnen Autoren im Hinblick auf die Zeit des sogenannten gesunden Intervalls, das heisst der Periode zwischen zwei Erkrankungsphasen endogener Depressionen, sehr auseinander.

Auch hier sind die Untersucher von verschiedenen Grundvoraussetzungen ausgegangen.

Nahezu allgemein herrscht aber heute die Ansicht, dass freie Intervalle mit jeder weiteren Phase verkürzt werden. (KRAEPELIN, J.LANGE, M.KINKELIN, P.KIELHOLZ). Nur bei A.LEWIS und E.SLATER fanden sich Hinweise, dass keine Tendenz der Verkürzung nachweisbar war.

Darüberhinaus soll in diesem Abschnitt der Untersuchungen versucht werden, einen Beitrag zur Frage der Beeinflussung des Phasenrhythmus durch die Elektroschockbehandlung zu leisten. Wird der - anscheinend biologisch begründete Phasenrhythmus im Sinne einer Verkürzung der gesunden Intervalle beeinträchtigt? (K.KOLLE).

2. An etwa 300, durch genauere Angaben gesicherten freien Intervallen konnte diese Fragestellung geprüft werden. Die Schwierigkeit einer Beurteilung lag auch hier wieder im Wesen der Erkrankung selbst.

Durchschnittl. Dauer d. freien Intervalls		Beh. medikamentös		Beh. d. ES-Ther.		Fälle
1.-2. Phase	8,3 Jahre	9,6 Jahre	(70 Fälle)	4 Jahre	(20 Fälle)	90
2.-3. Phase	4,1 Jahre	5,5 Jahre	(37 Fälle)	3,3 Jahre	(51 Fälle)	88
3.-4. Phase	4,0 Jahre	8,3 Jahre	(21 Fälle)	2,4 Jahre	(41 Fälle)	62
4.-5. Phase	2,5 Jahre	2,8 Jahre	(11 Fälle)	2,3 Jahre	(21 Fälle)	32
5.-6. Phase	2,8 Jahre	3,2 Jahre	(8 Fälle)	1,6 Jahre	(6 Fälle)	14
mehr als 6 Phasen	3,0 Jahre	3,8 Jahre	(14 Fälle)	2,1 Jahre	(11 Fälle)	25

Zum Vergleich zu den gefundenen Werten folgen die von KIELHOLZ errechneten Zeiten:

1. Intervall	zwischen	7	und	9 Jahren
2. Intervall	zwischen	3	und	5 Jahren
3. Intervall	zwischen	3	und	4 Jahren
4. Intervall	zwischen	2	und	3 Jahren
5. Intervall	zwischen	1,5	und	2 Jahren

Die so gefundenen Werte bestätigen zunächst das Kürzerwerden der freien Intervalle mit jeder durchgemachten Erkrankungsphase. Sie decken sich auch im Hinblick auf die Dauer weitgehend mit den von P.KIELHOLZ an 18 Fällen periodischer Melancholien gefundenen Zeiten.
Ausserdem zeigt die Tabelle, dass erste Phasen vorwiegend medikamentös, mittlere Phasen (2. bis 5.Phase) vorwiegend mit Elektroschocktherapie behandelt wurden, während Krankheitsverläufe mit 6 oder mehr durchgemachten Erkrankungsphasen nur noch etwa knapp zur Hälfte ES-therapiert wurden.
Vergleicht man die Dauer der freien Intervalle im Hinblick auf die jeweilige Behandlungsmethode, scheint die Aufeinanderfolge der Erkrankungsphasen nach Schockbehandlung rascher zu erfolgen. Gegen diese Feststellung sprechen aber soviele Hinweise, dass eine Beeinträchtigung der freien Intervalle, ebenso wie der Phasendauer durch die Elektroschockbehandlung verneint werden muss.

Einmal ist, wie bereits oben besprochen, die Beurteilung der echten Phasendauer unter der Schocktherapie schwierig, da die Depression in ihrer Symptomatik flacher verläuft. Aus diesem Grunde muss angenommen werden, dass bei dieser Therapie unter Umständen Nachschwankungen häufiger als echte neue Phasen imponieren und die Statistik der freien Intervalle im Sinne einer Verkürzung verfälschen.

Zum anderen sind aber auch die zahlenmässigen Unterschiede der einzelnen Gruppen so gross, dass echte Durchschnittswerte nicht exakt genug errechnet werden konnten. (Zum Beispiel fällt der Wert für das errechnete freie Intervall zwischen der 2. und 3.Phase auffallend aus der Durchschnittsberechnung heraus.) Ausserdem muss aber auch erwähnt werden, dass leichte Fälle (Erkrankungen, wie zum Beispiel die endogenen Dysthymien im Sinne WEITBRECHTS) medikamentös behandelt werden und auf Grund ihrer Zugehörigkeit zum depressiven Formenkreis in der Statistik mit erscheinen und im Sinne einer Verlängerung der Intervalle aller medikamentös behandelter Fälle wirken.

Alle Fälle, die zunächst medikamentös und erst bei späteren Phasen schockbehandelt worden waren, zeigten keine auffallende Verkürzung ihres Phasenrhythmus.

Alle diese Schwierigkeiten sind wohl auch der Grund, weshalb es zu diesem Thema noch keine exakten Untersuchungen gibt.

Ein Vergleich beider Behandlungsmethoden erscheint daher fragwürdig, die übrigen Untersuchungen boten keinen Anhalt für eine Beeinflussung des biologischen Phasenrhythmus durch die Schockbehandlung.

Die Katamnesen konnten zu dieser Fragestellung nur wenig beitragen, da die genauen Zeiten der früheren Phasen den Patienten nicht mehr genau in Erinnerung waren. Bei allen periodisch auftretenden Erkrankungen wurde aber auch die verkürzende Tendenz der gesunden Intervalle nach jeder neuen Phase beobachtet und bestätigt.

III. FAKTOREN, DIE DEN HEILERFOLG SCHOCKBEHANDELTER ENDOGENER DEPRESSIONEN BEEINFLUSSEN

1. In diesem Kapitel sollen nun alle die Fälle untersucht werden, die zu keiner befriedigenden Remission kamen.

Nach der Tabelle der Seite 10 beträgt der Anteil dieser Patienten am Gesamtkrankengut der endogenen Depressionen etwa 27 %. Es handelt sich bei ihnen um Kranke, die entweder in andere Nervenheilstätten verlegt werden mussten, die wenig oder unbeeinflusst nach Hause entlassen wurden, oder die intercurrent verstarben.

a) Vorzeitige Entlassungen:

Den weitaus grössten Prozentsatz hiervon machten die Patienten aus, die gegen ärztlichen Rat und vor Beendigung der Behandlung die Klinik verliessen; dies oft auf Betreiben der Angehörigen. Bei den Männern handelte es sich um 33 von 150 Patienten, bei Frauen um 63 von 500 Patientinnen.

b) Intercurrente Todesfälle:

Ausserdem verstarben während der Behandlung 4 Patientinnen (an Lungenembolie, 2, Herzdekompensation 1, an den Folgen eines Meningoms 1).

c) Suicid:

Die Selbstmordgefahr, in der sich der melancholisch Kranke befindet, ist sehr gross. Ausserdem ist die Beurteilung der Suicidgefährdung in jedem Falle schwierig.

Allgemein wird aber angenommen, dass im Verlaufe der Depression nicht ihr Höhepunkt, sondern der auf- und absteigende Schenkel der Phase die kritischste Zeit für den Patienten darstellt. Hier ist die Aktivität noch oder wieder so stark, dass er seine Impulse verwirklichen kann. (WEICHBRODT, KIELHOLZ, KOLLE u.a.).

Ausserdem werden in der Literatur als erschwerende Faktoren für die Suicidgefährdung hereditäre Belastung, frühere Suicidversuche, schwere körperliche Erkrankungen, Vereinsamung, Konfliktsituationen und Schlafstörungen angegeben.

Bei den 650 vergleichend untersuchten Krankengeschichten wurden zunächst bei 55 % der Männer und 49 % der Frauen Suicidgedanken exploriert. Einmalige oder wiederholte ernsthafte Selbstmordversuche waren bei den Männern in 20 %, bei den Frauen in 17 % der Fälle durchgeführt worden. In geringem Masse ist demnach der Mann suicidgefährdeter als die Frau und jeder fünften Depression etwa droht der Suicid.

Bei der Altersverteilung bietet dabei einen eindeutigen Häufigkeitsgipfel bei beiden Geschlechtern das Alter um das 45. bis 60. Lebensjahr. Darauf ist ein rascher Kurvenabfall zu beobachten. Frauen sind vom 55. bis zum 60., Männer vom 45. bis 55. Lebensjahr am stärksten betroffen.

TABELLE 8

Altersverteilung und Suicidgefährdung

15. bis 19. Lebensjahr	Frauen	0 %	Männer	0 %
20. bis 24. Lebensjahr	Frauen	1 %	Männer	0 %
25. bis 29. Lebensjahr	Frauen	4 %	Männer	8 %
30. bis 34. Lebensjahr	Frauen	5 %	Männer	9 %
35. bis 39. Lebensjahr	Frauen	12 %	Männer	17 %
40. bis 44. Lebensjahr	Frauen	13 %	Männer	7 %
45. bis 49. Lebensjahr	Frauen	13 %	Männer	22 %
50. bis 54. Lebensjahr	Frauen	11 %	Männer	23 %
55. bis 59. Lebensjahr	Frauen	25 %	Männer	9 %
60. bis 64. Lebensjahr	Frauen	8 %	Männer	4 %
65. bis 69. Lebensjahr	Frauen	4 %	Männer	0 %
70. bis 74. Lebensjahr	Frauen	4 %	Männer	0 %

Dabei befanden sich jeweils die Hälfte der Patienten in ihrer ersten Phase, sodass vor allem die Involutionsdepressionen zu einem hohen Anteil an diesem Ergebnis beteiligt sind (vgl. KIELHOLZ).

Bei 59 % der verübten Suicidversuche war es der erste, bei 25 % der zweite, bei 8 % der dritte, bei 7 % der vierte und bei 2 % der fünfte im Leben des Betreffenden. Ausserdem fanden sich zwei Krankenverläufe, beiden lag eine Depression mit komplizierenden Einflüssen zu Grunde, die 8 und 10 Selbstmordversuche beschrieben. Bei beiden brachte die danach durchgeführte Schockbehandlung eine wenigstens bis zur Entlassung aus klinischer Behandlung gute Remission. Nach Abklingen der Erkrankung distanzierten sich beide weitgehend von ihren Selbstmordabsichten. Das weitere Schicksal war leider in keinem der Fälle zu verfolgen.

Eine erbliche Belastung mit Selbstmorden konnte in 20 % der Fälle nachgewiesen werden, die jeweils Verwandte ersten und zweiten Grades betraf. In weiteren 40 % waren endogene Depressionen in dieser nahen Verwandtschaft an-

geführt. Dagegen boten Depressionen ohne Suicidinhalte nur bei 25 % eine hereditäre Belastung mit Erkrankungen aus dem manisch-depressiven Formenkreis.

Bei den stationär beobachteten Kranken, die dieser Arbeit zu Grunde liegen, wurden bis zur Entlassung drei Suicide verzeichnet, die,zwei kurz vor der Entlassung aus klinischer Behandlung, einer vor Beginn der Schocktherapie durchgeführt wurden. In allen diesen Fällen handelte es sich um eine erste Phase.

d) Schlechte Entlassungsergebnisse:

Die restlichen unbeeinflusst gebliebenen Fälle betrugen, wie die Tabelle auf Seite 11 zeigt, noch insgesamt 68 Fälle. 54 von 500 Frauen und 14 von 150 Männern, jeweils etwa 10 %.
Davon waren bei den Frauen von 366 insgesamt schockbehandelten 31 ohne Heilungsergebnis entlassen worden, das sind 8,4 %. Bei den medikamentös behandelten Fällen blieben von 129 insgesamt, 23 unbeeinflusst; das sind 17,1 %.
Bei den Männern fanden sich bei 114 ES-behandelten Fällen 6, also 5,2 %; bei den medikamentös behandelten von insgesamt 30 Fällen 8, das sind 26,6 %.

Vergleicht man so die Verhältniszahlen im Hinblick auf Behandlungsart und Therapieerfolg, folgt eigentlich: Je grösser der Anteil medikamentös behandelter Fälle, desto schlechter die Entlassungsergebnisse. Das Ergebnis steht aber auch hier wieder weitgehend mit der Auswahl der Patienten für die beiden Behandlungsmethoden in engem Zusammenhang und kann so nicht als Wertmassstab verwendet werden.

Die hereditäre Belastung war bei diesen, schlecht zu beeinflussenden Depressionsverläufen gegen jede Erwartung niedrig. Es fanden sich bei 15 Frauen (28 %) und zwei Männern (14 %) endogene Depressionen in der Verwandtschaft ersten und zweiten Grades. Die allgemein für alle 650 Fälle errechneten Prozentzahlen betrugen hier 23 % bei Frauen und 34 % bei Männern.

Ein wesentlicher Unterschied der Phasenhäufigkeit zum allgemeinen Krankengut fand sich nicht, lediglich bei den Männern war der Anteil an Ersterkrankungen, die schlechte Entlassungsergebnisse zeigten, deutlich grösser als allgemein (43 % bei 64 % Ersterkrankungen mit schlechten Remissionsergebnissen).

Die Kurve der Altersverteilung dieser Fälle deutete eine schlechte Beeinflussung durch Schocktherapie und somit unbefriedigende Entlassungsergebnisse bei Frauen zwischen 40 und 65 Jahren, bei Männern zwischen 50 und 60 Jahren an; vorwiegend handelte es sich hierbei um Involutionsdepressionen, auf die weiter unten noch näher eingegangen wird. (vgl. auch Altersverteilung und Suicidgefährdung Tab.8).

Der Anteil schlechter Entlassungsergebnisse im Hinblick auf das Geschlecht der Patienten ist aus Tab.2 ersichtlich.

2. Um eine eindeutigere Klärung der in diesem Kapitel aufgeworfenen Fragen zu ermöglichen, wurden die Katamnesen vergleichend zu den Untersuchungen herangezogen.

Auf die 132 Briefe, die hierzu verschickt wurden, kamen zunächst 7 mit dem Vermerk: "Adressat verstorben" zurück.

Dieser Nachricht wurde jeweils im einzelnen nachgegangen.

a) Suicide nach stationären Behandlungen:

Die Nachfragen bei der Direktion des Bestattungsamtes der Landeshauptstadt München erbrachten in 4 Fällen den sicheren Nachweis des Suicids, in zwei Fällen war die Todesursache aus den Sterbepapieren nicht ersichtlich, in einem mit Herzversagen angegeben. Danach ergibt sich eine prozentuale Selbstmordquote von etwa 2-3 %. Diese liegt sicher weit unter den errechneten 12 %, die KIELHOLZ angab, wobei der Autor sich bei seinen Untersuchungen allerdings auf Involutionsdepressionen beschränkte.

Es folgen die wesentlichen Angaben aus den Krankengeschichten dieser Patienten, die durch Suicid ums Leben kamen:

1. F.P., 1412/56, stationär 22.8. - 12.10.1956
   F.A.: Vater lange Zeit in Haar (Nervenheilanstalt bei München) und Gabersee mit unbekannter Erkrankung.
   E.A.: Nach der 3.Erkrankungsphase (1948-56) jeweils mit Elektroschockbehandlung, Selbstmord im Juni 1957.
2. V.B., 58/54, stationär vom 14.1. - 13.3.1954
   F.A.: Schwester beging Suicid.
   E.A.: Nach 5 Erkrankungsphasen (Insulinschock behandelt) und drei Suicidversuchen, Suicid im März 1955.
3. M.B., 715/54, stationär vom 4.6. - 7.8.1954
   F.A.: o.B.
   E.A.: Zwei, jeweils schocktherapierte, über 12 Monate andauernde Phasen im Alter von 68 Jahren, Suicid Dezember 1957.
4. M.St.,152/55, stationär vom 1.2. - 22.2.1955
   F.A.: unauffällig
   E.A.: Erste Phase im Alter von 61 Jahren, bricht die Behandlung vorzeitig und gegen ärztlichen Rat ab, Suicid Juni 1955.

Nur in einem einzigen Falle ist also ein zeitlicher Zusammenhang in strengem Sinne mit der behandelten Phase nachweisbar, hier wurde die Behandlung zu früh beendet.

Ausser diesen Fällen sind in der Aufstellung der Tabelle 2 unter b) und c) 24 Verläufe angegeben, die entweder sehr lange dauerten (11 Fälle) oder überhaupt therapieresistent blieben (13 Fälle).

Die unter b) angeführten wiesen eine durchschnittliche Phasendauer von

37 Monaten auf und sollen zunächst näher untersucht werden.

b) Schlechte Behandlungsergebnisse:

Das Lebensalter dieser Patienten lag zwischen dem 46. und 58. Lebensjahr, 9. von 11 Erkrankungen machten ihre erste Phase durch. Demnach scheinen auch hier wieder spät auftretende Ersterkrankungen die Tendenz zu langer Phasendauer zu haben.

An äusseren Faktoren spielten vor allem Ehekonflikte und Heimweh eine Rolle. Sechs Patienten waren ängstliche, selbstunsichere Persönlichkeiten. Besonders bei den Unterhaltungen war immer wieder die Leistungsangst ihr zentrales Problem. Bei drei Patienten war sie geradezu charakteristisch für die ganze Familie. Zum Beispiel gab der Sohn einer Patientin diese Angst auch für sich an und wies auf mehrere Schilder in der Wohnung, die seinen Namen und Titel (Dipl.Ing) trugen und die er sich in der Küche und allen Räumen auf allen möglichen Möbelstücken aufgestellt hatte.

In weiteren vier Fällen waren Zwangssymptome schon in den Krankheitsverläufen angeführt, die durch die Nachuntersuchung bestätigt wurden. Drei Patienten zeigten Depersonalisationsphänomene, an die sie sich zwar noch erinnerten, von denen sie sich aber zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung schon distanziert hatten. Schuldgefühle waren zweimal nachweisbar. Gehemmte und agitierte Verlaufsformen endogener Depressionen hielten sich mit drei und vier Patienten etwa die Waage.

Bei dem durchschnittlichen Alter der Patienten dieser Gruppe von 53 Jahren und angesichts der Tatsache, dass 8 dieser 11 Patienten zum erstenmal in diesem Alter erkrankten, die dann so lange zu keiner befriedigenden Remission kam, muss diese Gruppe den Rückbildungsdepressionen zugeordnet werden. Erbliche Faktoren waren so hier auch nur in zwei Fällen nachweisbar, dafür handelte es sich -wie schon oben angegeben- um stille, zurückgezogen lebende, empfindsame Patienten, die ängstlich, unsicher, immer mehr durch Vereinsamung und Enttäuschungen langsam in eine Isolation gedrängt wurden und meist auch den Beginn ihrer Erkrankung gar nicht genau angeben können, wo also immer ein allmähliches Abgleiten in die Depression stattfand.
Eine zeitliche Übereinstimmung weiblicher Depressionen mit der Menopause liess sich ebenfalls in keinem Falle nachweisen; das Klimakterium lag immer schon etwa vier bis sechs Jahre zurück.

Dagegen gaben sechs der elf Patienten an, dass Gedächtnis und Konzentrationskraft seit der stationären Behandlung nachgelassen hätten. Die Frage, ob hier nicht vielleicht doch auch degenerative Veränderungen eine Rolle spielten ist sicher nicht zu entscheiden, denn derartige Klagen waren von Patienten in jugendlicherem Alter kaum einmal vorgebracht worden.

c) Chronische Verläufe seit der Entlassung aus klinischer Behandlung:

Vierzehn Patienten waren auch nach drei bis sechs Jahren noch nicht wieder in ausgeglichener Stimmung; das sind 7 % des nachuntersuchten Krankengutes.

Das Durchschnittsalter dieser Fälle betrug 61 Lebensjahre. Der Jüngste war 51 Jahre alt, der Älteste 74. Bei neun Fällen handelte es sich um eine erste, bei drei Fällen um eine zweite, bei einem Fall um eine dritte durchgemachte Phase. Alle diese endogenen Depressionen hatten sich über Jahre hingezogen, waren ständig noch in ärztlicher Behandlung und standen unter dauernder Medikation von Tofranil und Phasein.

Im Vordergrund des Symptomenbildes dieser chronischen Verläufe standen zunächst die Schlafstörungen und die Tagesschwankungen, die beide ja wesentlich zum Krankheitsbild gehören. Ganz allgemein wurde dazu angegeben, dass Tag- und Nachtrhythmus, also die biologische Erholungs- und Verausgabungsphase gegenüber dem Normalrhythmus noch stark gestört blieben. Neun Kranke boten dabei Angst- und Unsicherheitsgefühl in hohem Masse. Die Depressionen blieben je nach Reaktionsweise und Charakterstruktur vorwiegend hypochondrisch (4), katatoniform (3), oder paranoid (2). Bei zwei Frauen waren Wahninhalte, bei sieben Nachuntersuchungen noch Versündigungsgedanken und Schuldgefühle vorhanden, (die KURT SCHNEIDER mit der Angst um Seele, Leben und Besitz der alternden Kranken erklärt und die BERCHTENBREITER bei seinen Beobachtungen in 78 % der Fälle weiblicher Altersdepressionen gefunden hat). Zwei ehemalige männliche Patienten waren nach der klinischen Behandlung in eine neurotische Fehlhaltung geraten. Konfliktsituationen waren in jedem dieser Fälle bei der Auslösung der Erkrankung massgeblich beteiligt und durch sie wurde die Erkrankung auch nach der Entlassung weiter unterhalten.

Als Beispiel für solche chronisch verlaufende Formen sollen zwei Depressionsinhalte beschrieben werden:

1. 1254/55; 64-jähriger Patient, der 1953 eine vorwiegend hypochondrisch gefärbte endogene Depression bekam. Er wurde seinerzeit mit Elektroschock behandelt und zwar dreimal bei jeweils stationären Behandlungen innerhalb von zwei Jahren. Bei der jetzt durchgeführten Nachuntersuchung im Januar 1960 hatte sich das Zustandsbild sicher gegenüber dem Entlassungsbefund verschlechtert. Er berichtete, dass sein ganzer Körper brenne, als sei er mit glühenden Nadeln gespickt. Alle Gelenke knackten, aus Mund, Nase und Darm beobachte er einen andauernden Schleimabgang. Um diese sicher hypochondrischen Beschwerden hatte er ein paranoides Wahngebäude errichtet: Durch die vielen Spritzen, die er nach einer Tonsillektomie 1952 bekommen hatte, sei sein Körper von Krebs durchsetzt. So könne er jetzt die Medikamente nicht mehr ausscheiden und alles in ihm verfaule. Der Beweis dafür: Früher sei der Urin nach jeder Injektionsbehandlung rot verfärbt gewesen, heute sei diese Reaktion nicht mehr nachweisbar.

Alle diese Angaben und Klagen wurden in völlig unkritischer Form vorgebracht und steckten voller paranoider Beziehungsideen. (Eine Enzephalographie 1953 ergab keinen pathologischen Befund.)

2. 1461/56; 51-jähriger Mann erkrankte im April 1955 nach einer Konfliktsituation in seiner Schule, in der er als Lehrer tätig war, an einer endogenen Depression, die vor allem durch Schlaf- und Vitalstörungen, Suicidgedanken und typische Tagesschwankungen charakterisiert war. Er wurde drei Monate lang mit Elektroschockbehandlung therapiert und anschliessend in gebessertem Zustand entlassen. Sobald er seinen Schuldient aber wieder aufnehmen sollte, setzten eine starke Leistungsangst und Konzentrationsschwäche ein. Nach einem Arbeitsversuch von wenigen Stunden täglich, gab der Patient seinen Beruf auf. Bei der vier Jahre später durchgeführten Nachuntersuchung gab er noch Tagesschwankungen, Vitalstörungen und viele körperliche Beschwerden an, die ihn an einer Ausübung seines Berufes hinderten. Seine Frau verdiente das Geld, er selbst kämpfte verbissen um eine Rente, die wiederholt abgelehnt worden war, da eine organische Hirnerkrankung ausgeschlossen worden war.

In diesem Falle handelte es sich offensichtlich um eine durch äussere Umstände mitbedingte Depression, die in eine Neurose einmündete.

Ausser diesen beiden Kranken boten alle übrigen die Zeichen echter degenerativer Hirnerkrankungen. In allen neun übrigen Fällen waren cerebralsklerotische Veränderungen auch in den Krankengeschichten der Voruntersucher angeführt, bei zwei Altersdepressionen war der röntgenologische Nachweis einer Hirnatrophie gegeben.

Stellt man nun abschliessend zur Beurteilung der Phasendauer in den Altersstufen nocheinmal den prozentualen Anteil der Patienten unter und über dem 45. Lebensjahr einander gegenüber, ergibt sich sowohl bei den allgemein statistischen Untersuchungen (9 % chronische Fälle jünger, 13 % chronische Fälle älter als 45 Jahre), wie bei den nachuntersuchten Patienten (0 % unter, 100 % über der 45-Jahr-Grenze) die grössere Neigung zu chronischem Verlauf bei den Altersdepressionen.

ZUSAMMENFASSUNG

An der Universitäts-Nervenklinik München wurden 650 Verläufe endogener Depressionen im Hinblick auf ihre Phasendauer und den Behandlungserfolg durch Elektroschockbehandlung vergleichend untersucht. Darüberhinaus wurden 100 ehemalige Patienten durch persönlichen Besuch nachuntersucht und somit die statistischen Ergebnisse ergänzt.

Dabei zeigte sich eine durchschnittliche Phasendauer bis zur Entlassungsfähigkeit von 7 bis 8 Monaten, die sich weitgehend mit den Ergebnissen der Untersuchungen aus der Praeschockaera deckten.

Die Phasendauer nachuntersuchter Patienten wich von diesem Ergebnis wesentlich ab. Hier wurde eine durchschnittliche Erkrankungsdauer -bis zur völligen Remission- von 14 Monaten errechnet. Dadurch scheint der grosse Unterschied der Ergebnisse klinischer Untersuchungen zu diesem Thema geklärt und eine direkte Beeinflussung der Einzelphase in zeitlicher Hinsicht unwahrscheinlich.

Die Untersuchungen der freien Intervalle zeigten ebenfalls keinen eindeutigen Hinweis für eine Verkürzung durch die Elektroschockbehandlung.

Die Suicidgefährdung während und nach der Behandlung war gering und lag unter den in der sonstigen Literatur angegebenen Prozentzahlen.
Während der allergrösste Teil der Erkrankungen auf die Schocktherapie gut ansprach, waren Depressionen bei degenerativen Hirnerkrankungen (cerebralsklerotischer oder hirnatrophischer Genese) und anankastischen, gehemmten oder ängstlichen Persönlichkeiten schlecht zu beeinflussen.

LITERATUR

BAEYER, W.v.: Die moderne psychiatrische Schockbehandlung, Thieme, Stuttgart 1951.

BERCHTENBREITER, Till: Symptombild, Phasenlänge und Phasenhäufigkeit bei der endogenen Depression, Diss. München 1953.

BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, umgearbeitet von Bleuler, M., 9. Auflage, Springer Berlin-Göttingen-Heidelberg 1955.

BODAMER, J.: Der Mensch ohne Ich, 2. Auflage, Herder Basel-Freiburg-Wien 1959.

DILLING, H.: Untersuchung zur Feststellung des Erfolges der Elektroschockbehandlung bei Depressionen, Diss. München 1959.

EWALD, G.: Neurologie und Psychiatrie, 4. Auflage, Urban und Schwarzenberg, München-Berlin 1959.

GUARDINI, R.: Vom Sinn der Schwermut, Arche, Zürich 1949.

HEINRICH, K.: Probleme und Ergebnisse der Therapie endogener Psychosen mit neueren psychotropen Substanzen, Med. Welt 1961/7.

JANZARIK, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen, Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1959.

KIELHOLZ, P.: Differentialdiagnose und Therapie der depressiven Zustandsbilder, Documenta Geigy, Basel 1959/II.

KINKELIN, M.: Verlauf und Prognose des manisch-depressiven Irreseins, Schweiz. Archiv Neurol. Psychiatr. 1954.

KOLLE, K.: Psychiatrie, 4. Auflage, Urban und Schwarzenberg, München-Berlin 1955.

KOLLE, K.: Die endogenen Psychosen, das delphische Orakel der Psychiatrie, Urban und Schwarzenberg, München-Berlin 1955.

KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter, 19. Auflage, Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1948.

LANGE, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution, Handbuch der Geisteskrankheiten v. Bumke Bd. 6, spez. Teil II, Springer 1928.

MAUZ, F.: Die Prognostik der endogenen Psychosen, Leipzig 1930.

MÜLLER-HEGEMANN, D.: Psychotherapie, 2.Auflage, VEB Berlin 1959.

REDHARDT, R.: 10-jährige Erfahrungen mit Krampfbehandlungen (1937-1946), besonders im Hinblick auf die Beziehungen zwischen Krankheitsform und Behandlungserfolg, Arch.f.Psychiatr. und Z. Neurol. 1954/192.

SCHNEIDER, K.: Die Aufdeckung des Daseins durch die cyclothyme Depression, Nervenarzt 1950/21.

SCHNEIDER, K.: Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände, Z.Neurol. 1959.

SCHNEIDER, K.: Einleitung zu einem Gespräch über Schocktherapie, Nervenarzt 1947/18.

SPRANGER, E.: Lebensformen, 8.Auflage, Neomarius Tübingen 1950.

STERTZ, G.: Gedanken zur Wirkungsweise der Schocktherapie bei den endogenen Psychosen, Nervenarzt 1949/20.

WEITBRECHT, H.J.: Zur Typologie depressiver Psychosen, Fortschr.Neurol. 1952/31.

WEITBRECHT, H.J.: Zur Psychopathologie der cyclothymen Depression, Festschrift f.K.Schneider, Scherer, Heidelberg 1947.

WEITBRECHT, H.J.: Studie zur Psychopathologie krampfbehandelter Psychosen, Thieme, Stuttgart 1949.

WYRSCH, J.: Über Depressionen, Documenta Geigy, Basel 1958/I.

LEBENSLAUF

Am 29. März 1931 wurde ich, Klaus-Christoph Albert Schimmel, als Sohn des Verlagsinhabers Dr. jur. Albert Schimmel und seiner Ehefrau Hildegard, geb. Schöllhammer in Breslau geboren.

Nach Absolvierung der Volksschule von 1937-1941 wurde ich in die Eichendorff-Oberrealschule in Breslau aufgenommen, die ich bis zur 2. Klasse besuchte. Auf Grund der Fliegerangriffe im zweiten Weltkrieg wurde ich dann in die Walter-Flex Oberschule in Rawitsch umgeschult.

Im Oktober 1943 fiel mein Vater als Reserveoffizier in Russland.

1945 Flucht nach Schleswig-Holstein, Besuch einer Dorfschule und Landarbeit auf einem Gutshof.

1946 Umzug nach Göppingen/Württemberg, wo ich das Hohenstauffen-Realgymnasium bis zum Sommer 1950 durchlief. Im Anschluss an das Abitur bis zum Beginn des Studium 1951, Werkarbeit in einer Chemisch-Pharmazeutischen Fabrik in Göppingen.

Nach einem Semester Rechtswissenschaften, Studium der Medizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen, der Christian-Albrechts-Universität Kiel und der Ludwig-Maximilians-Universität München; 1959 Medizinisches Staatsexamen.

Ärztliche Tätigkeit:

1959/60 Universitäts-Nervenklinik München, 1960 Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Heidenheim/Brenz, Biologisches Krankenhaus Höllriegelskreuth b. München. 1961 II. Universitäts Frauenklinik der Universität München.

Juli 1960: Eheschliessung mit Brigitte Kreuziger, Tochter des Prof. Dr. ing. Oskar Kreuziger, Esslingen/Neckar.